

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GRANDES CAVERNES TUBERCULEUSES
DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Avril 1923

PAR

Pierre-Georges-Adolphe-Norbert TINGAUD

Né à Pressac (Vienne), le 5 Juin 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Juges.</i>
		POUSSON, professeur		
		DUVERGEY, agrégé		
		ROCHER, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GRANDES CAVERNES TUBERCULEUSES
DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Avril 1923

PAR

Pierre-Georges-Adolphe-Norbert TINGAUD

Né à Pressac (Vienne), le 5 Juin 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Juges.</i>
		POUSSON, professeur		
		DUVERGEY, agrégé		
		ROCHER, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. TAILLEBOURG FILS
80 bis, Cours de l'Argonne

—
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BEGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOU.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontologie	VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électr. médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

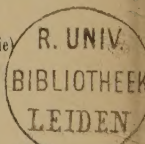
	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N.	Médecine générale	CREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé).	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N.	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale	RÉCHOU.	id.	PAPIN.
Chimie biologique et médicale	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPÉRIÉ.	Pharmacie	N.

CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDERODIAS.
Médecine opératoire	VENOT.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGERE.	Chimie	RANGIER.
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	CREYX.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON.

Par délibération du 5 août 1873, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MÈRE

*Bien faible témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.*

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

A MES NEVEUX ET A MES NIÈCES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DES ÉCOLES DE MÉDECINE DE POITIERS ET DE NANTES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A Monsieur le Docteur Duvergey

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Guyot

CHARGÉ DU COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINT-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail, nous tenons à exprimer nos remerciements à tous ceux qui ont contribué à notre instruction et nous ont aidé de leurs conseils et de leur expérience au cours de nos études médicales.

M. le Professeur agrégé Duvergey nous a indiqué le sujet de cette thèse, nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre plus profonde reconnaissance.

Nous remercions M. le Docteur Dax de l'accueil aimable qu'il nous fit à chaque fois que nous eûmes besoin d'un renseignement.

M. le Professeur Guyot nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse, nous le prions d'accepter ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La destruction caverneuse de la prostate signalée par tous les auteurs classiques qui ont étudié de la tuberculose prostatique, n'a cependant été observée que rarement.

La plus ancienne observation est celle de Lloyd en 1821, l'auteur avait trouvé chez un phtisique une cavité prostatique pouvant contenir plus d'une once de liquide.

En 1831, Pigeau (*Journ. univ. de méd. et de chir. pratiques*) apporte une observation et les résultats d'autopsie, la prostate était détruite : « il n'y avait plus ni veru montanum, ni glandes de Cowper, ni conduits éjaculateurs, les deux vésicules séminales s'ouvraient dans cette espèce de cloaque. La cloison recto-vésicale n'existait plus ; plus de col vésical ; la poche accidentelle servait d'intermédiaire à l'urètre et à la vessie. »

J.-B. Durand, en 1839 (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*) signale des abcès froids ilio-abdominaux consécutifs à une destruction tuberculeuse de la prostate et suivis de fistules urinaires.

En 1842, Velpeau (*Dictionnaire*), dans son article prostate, ne consacre que quelques lignes à la tuberculose et reporte aux inflammations de la glande « les poches urinaires » de la prostate.

Dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* paraissent les deux observations de Viard en 1847, celle de Bauchet 1850, de Dufour 1853.

En 1853, Lebert (*Traité d'Anatomie pathologique*) donne une description de ces cavernes qui « minent la partie » inférieure de l'urètre et de la vessie et communiquent » parfois largement avec la partie prostatique de l'urètre. »

Guerlain, en 1860, Olédénare, 1865, publient deux observations dans les *Bulletins de la Société Anatomique de Paris*.

En 1874, Thompson (*Traité des maladies des voies urinaires*) rapporte le cas de Lloyd, et signale une caverne considérable pouvant contenir 60 grammes de liquide, observée sur une pièce conservée au *Saint-Georges Hospital Muséum*.

En 1881, Voillemier et Le Dentu (*Traité des maladies des voies urinaires*) insistent sur les difficultés qu'occasionnent ces lésions pour le cathétérisme.

Bond et Windle (*Lancet* 1881), Jamin (*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1882), de Massary (*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1893) apportent de nouvelles observations.

En 1898, Desnos (*Traité des maladies des voies urinaires*) rappelant le cas de Durand, décrit: « ces vastes » poches sous-vésicales soulevant le trigone et le bas-fond » vésical et s'étendant jusqu'au cul de sac péritonéal. »

En 1900, Albarran (*Traité de Chirurgie*, Delbet et Le Dentu, t. ix) donne un long exposé de la forme caverneuse

de la tuberculose prostatique et mentionne les hémorragies abondantes observées chez deux malades.

En 1903, Hallé et Motz ont fait une étude complète de la tuberculose prostatique, en particulier à sa période terminale, dans un travail publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903.

En 1906, Rochet (*Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutique urinaires*, Lyon 1906) décrit les troubles mictionnels provoqués par ces lésions.

En 1921, Legueu commentant trois observations de cavités sous-vésicales, présentées à la *Société française d'Urologie*, séance du 12 décembre, par Thévenot de Lyon, indique les diverses origines de ces poches sous-vésicales et signale la gravité du pronostic pour celles qui sont d'origine bacillaire.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

La tuberculose prostatique se produit généralement chez des sujets prédisposés par hérédité, par atteinte tuberculeuse antérieure. Elle est une affection de l'adulte ; elle apparaît le plus souvent entre vingt et quarante ans, coïncidant ainsi avec la période d'activité sexuelle. Ce fait explique le rôle prédisposant des causes locales : congestions répétées, provoquées par les excès génitaux, et surtout inflammations blennorragiques qui se retrouvent dans les commémoratifs de la plupart des malades. La blennorragie, dit Guyon, sert de pierre de touche dans les prostates suspectes et peut développer une tuberculose latente ; l'auteur signale ces urétrites prolongées où l'écoulement tuberculeux a fait suite à l'écoulement blennorragique, sans qu'on puisse préciser à quel moment le gonocoque a été remplacé par le bacille de Koch, il appelle ces cas « cas limites ».

La tuberculose prostatique résulte de la pénétration dans l'organe du bacille de Koch. Deux cas peuvent se

présenter : les lésions sont les premières manifestations de la diathèse tuberculeuse dans l'organisme — forme primitive —; elle sont consécutives à l'atteinte d'autres organes — forme secondaire. —

FORME PRIMITIVE. — Signalée pour la première fois par Béraud, Robin, Vidal, en 1857, la tuberculose primitive résulte d'une infection par voie hématogène. Il faut admettre alors, ou bien que les bacilles ont été pris dans un foyer latent, difficile à dépister cliniquement, ou bien qu'ils ont pu pénétrer dans l'organisme par le pharynx ou l'intestin, sans déterminer de foyer au lieu d'inoculation et que dès leur entrée dans les tissus, ils ont été emportés par le courant circulatoire, il y a eu localisation première dans la prostate.

Verneuil a soutenu l'hypothèse d'une infection par voie urétrale, soit à la faveur d'un coït avec une tuberculeuse, soit à la suite d'un cathétérisme septique. Ce mode d'infection, tout en restant possible, n'a pas jusqu'ici été confirmé par l'observation.

La tuberculose primitive est peu fréquente, elle reste rarement isolée. Guisy, sur 183 cas de tuberculose uro-génitale, associée à des lésions pulmonaires et autres, ne trouve que cinq fois la prostate prise isolément.

FORME SECONDAIRE. — En général, on a affaire aux formes secondaires où les lésions prostatiques se présentent associées en des combinaisons multiples aux lésions d'autres organes. L'étude de ces combinaisons, les statistiques publiées par les auteurs montrent que la tuberculose prostatique succède le plus souvent à une localisation uro-génitale. Bürckhardt, d'après les statistiques de Simmonds, Oppenheim, Collinet, Krzywicki et la sienne propre, établit que la prostate est envahie dans 73 pour 100 des cas de tuberculose génito-urinaire ; Legueu (*Traité de Chirurgie*) dit : « si on pouvait ajouter aux faits anatomiques les faits

» cliniques, on arriverait à cette conclusion que presque » toutes les tuberculoses uro-génitales portent atteinte à la » prostate. » Une participation si fréquente s'explique par les rapports, la situation de la glande au confluent urogénital.

Tout comme dans la forme primitive, la contamination prostatique peut se faire par la voie sanguine : l'embolus bacillaire part d'un foyer en évolution — osseux, pulmonaire, testiculaire, rénal — et vient infecter la prostate. Mais il semble que l'extension à la prostate d'une tuberculose déjà manifeste, par le courant sanguin ne soit pas le mode habituel. La rareté des lésions observées chez les phthisiques suffit à le prouver ; Reclus indique une très faible proportion : deux tuberculeux génito-urinaires sur cent phthisiques. C'est par voie urogène ou par voie déférentielle que se fait en général la contagion.

Au cours d'une tuberculose urinaire, l'infection se transmet soit par l'urine chargée de bacilles qui, arrivés dans l'urètre postérieure, inoculeront la prostate par l'orifice des canaux glandulaires, soit par continuité de tissus après envahissement du trigone vésical. Legueu pense que l'inoculation de la région uréthro-prostatique pourrait aussi être due aux bacilles éliminés par un rein indemne, et que « ces » bacilluries tuberculeuses ont peut-être plus d'importance » qu'on ne l'a cru jusqu'ici. » L'extension de la tuberculose génitale à la prostate se fait soit par le sperme, agent vecteur, soit par propagation périphérique après atteinte des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs.

Nous pouvons résumer ainsi ces considérations étiologiques et pathogéniques : l'hérédité, les causes occasionnelles préparent le terrain, où viendront croître les bacilles apportés par voie hématogène ou canaliculaire dans les formes secondaires, par la seule voie hématogène dans les formes primitives.

L'évolution de la maladie sera commandée par le nombre, la virulence des bacilles, les qualités de résistance et de vascularité variable du terrain prostatique. Nous envisagerons dans le chapitre suivant les lésions créées par le bacille et leur évolution ; nous dirons seulement ici qu'il semble, lorsque la tuberculose aboutit à la phase caverneuse et entraîne des désordres profonds, qu'on doit admettre avec certitude le rôle des germes d'infection secondaire qui, par leur intervention, activent la suppuration, aident le bacille de Koch dans son œuvre destructive.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions initiales de la tuberculose chronique sont, dans la prostate comme dans tout autre organe, les granulations grises. Les recherches microscopiques montrent qu'elles siègent dans la paroi même des acini glandulaires et de leurs conduits excréteurs ou dans le tissu conjonctif immédiatement adjacent (Marion). La confluence de plusieurs granulations, la dégénérescence caséuse consécutive d'un ou plusieurs lobules glandulaires aboutissent à la formation de nodules tuberculeux dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'une noisette. Ces nodules infiltrent la glande en nombre variable, ils sont irrégulièrement disséminés dans les lobes latéraux. Ils subissent l'évolution de tout tubercule : l'enkystement fibreux, c'est la guérison, ou le ramollissement.

LES ABCÈS TUBERCULEUX. — Le ramollissement débute au centre du tubercule, dont une toute petite portion se liquéfie, puis peu à peu toute la matière caséuse se désagrège, une collection puriforme apparaît, envahit progressivement les tissus périphériques, s'accroît incessamment

par destruction concentrique, elle constitue l'abcès froid prostatique. Continuant son évolution, l'abcès froid englobe les tubercules voisins, il tend à s'ouvrir à l'extérieur et à évacuer son contenu. Bridé en dehors par la forte résistance que lui oppose l'épaisse capsule prostatique, guidé vers l'urètre par les lésions qui s'échelonnent souvent le long des canaux excréteurs, il arrive au voisinage du canal, une ulcération facilitée parfois par les lésions urétrales, s'établit, et l'abcès vidé de son contenu devient la caverne. Burckhardt, Hallé et Motz considèrent la progression vers l'urètre, l'ouverture dans le canal comme l'évolution normale presque constante de l'abcès tuberculeux. La suppuration peut cependant se propager d'autres côtés, soit vers le périnée à travers l'aponévrose moyenne, soit vers le rectum à travers l'aponévrose de Deponvillers, soit même vers le péritoine. L'évacuation se fait alors par l'intermédiaire d'une lésion péri-prostatique. Beinet (Thèse de Bordeaux) donne cette évolution comme fréquente, il l'explique par la situation périphérique des lésions ; les lobes latéraux étant développés entièrement en arrière du canal, il sera très rare, dit-il, de voir cette direction prise par le pus. D'après les observations que nous avons pu trouver, il semble cependant que les fistules périnéales, rectales, sont le plus souvent secondaires à l'évacuation de l'abcès par l'urètre.

LES CAVERNES PROSTATIQUES. — Les abcès tuberculeux évoluant simultanément ou successivement peuvent constituer des cavernes multiples, ou bien une cavité unique plus ou moins grande. Ils peuvent, par leur réunion, détruire complètement le parenchyme glandulaire, réduire la prostate à une coque capsulaire, créant ainsi une caverne totale.

Grande caverne prostatique totale. — Récemment formée, cette grande caverne présente une paroi irrégulière, inégale, ravinée, tapissée encore d'une couche caséeuse plus ou moins épaisse non éliminée ; çà et là le vide de la

poche est traversé de brides en forme de languettes, de colonnes : vestiges de tissu fibreux ou vasculaire que la désagrégation a respectés, débris témoignant de l'évolution primitivement isolée des abcès tuberculeux. Ancienne, la cavité reproduit mieux la forme et le volume de la glande ; la paroi plus régulière est infiltrée de granulations lui donnant un aspect chagriné, noirâtre (obs. 2 et 3).

Exceptionnellement, l'urètre, plus ou moins complètement disséqué par le ramollissement prostatique périphérique, traverse, partiellement atteint, cette cavité. Quelquefois, il est largement perforé par une ou plusieurs ouvertures (obs. 1) ; ou bien sa paroi postérieure a disparu (obs. 10), et sa paroi antérieure, « tendue comme un pont entre le col vésical et l'urètre membraneux », pourra guider le bec de la sonde au cours d'un cathétérisme. Le plus souvent, l'urètre a disparu (obs. 3-6-11), détruit par la fonte caséuse prostatique, à laquelle des lésions primitives de la muqueuse ont pu ajouter leurs effets. Ainsi constituée, la caverne peut contenir 20 à 30 grammes de liquide ; la vessie ne communique plus avec l'urètre membraneux que par l'intermédiaire de cette cavité pathologique.

DESTRUCTION COMPLÈTE DE LA PROSTATE. GRANDE CAVITÉ SOUS-VÉSICALE. — La prostate peut disparaître complètement. La tuberculose progressant suivant le mécanisme des abcès par congestion du mal de Pott (Legueu, *Journal d'urologie*, 1921), détruit la prostate comme elle détruit un corps vertébral, envahit ensuite le tissu cellulaire avoisinant, par infection bacillaire progressive de ce tissu, puis fonte caséuse des foyers tuberculeux. Ce processus bien connu aboutit à la longue, dit l'auteur, à la formation d'une vaste poche à paroi bien délimitée. Dufour (obs. 3) décrit une cavité occupant « toute la région périnéale au-dessus du plancher musculaire » ; Thévenot (obs. 9) décrit une poche qui « s'étendait de la vessie à la peau du périnée, transversalement d'un ischion à l'autre, allant de la paroi antérieure du rectum à la symphyse pubienne ».

LÉSIONS CONCOMITANTES. — Les vésicules séminales, en rapport étroit avec la prostate, atteintes secondairement ou antérieurement, l'urètre membraneux, peuvent subir la fonte caséreuse; il en résulte une caverne uréthro-prostato-vésiculaire où, au début, il est possible de reconnaître les éléments constitutifs : au centre, une grande cavité correspond à la prostate vidée; elle se prolonge en arrière, sous le bas-fond vésical par les cavernes vésiculaires distinctes ou réunies en une seule loge; elle se continue en bas et en avant vers l'urètre, par une sorte d'infundibulum résultant de la destruction partielle ou totale de l'urètre membraneux. A une période plus avancée, ces organes sont complètement détruits, la cavité occupe la loge périnéale supérieure; « elle est en rapport, en haut et en avant, avec le » bas-fond et la base vésicale et les plexus de l'espace pré- » vésical. En bas et en arrière, elle est en rapport avec la » face antérieure du rectum dans une longue étendue. Sa » base, dirigée en haut et en arrière, comprise comme les » vésicules dans le dédoublement de l'aponévrose prostato- » périnéale, est en rapport avec la partie terminale des » urètres et s'avance jusqu'au cul-de-sac péritonéal recto- » vésical. Les aponévroses de la prostate la limitent laté- » ralement. Son sommet, dirigé en bas et en avant, se conti- » nue avec l'urètre au niveau de l'aponévrose périnéale » moyenne. Ses parois sont le plus souvent renforcées par » un travail de sclérose périphérique. » (Hallé et Molz, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903). La face interne de la cavité est irrégulière, infiltrée de granulations. Le contenu est de l'urine purulente mêlée de débris caséux.

Le dernier degré de ces lésions est obtenu par l'extension de la tuberculose au col vésical. Le col ulcéré, détruit, il n'y a plus d'occlusion vésicale physiologique; les deux réservoirs, vessie et caverne, sont alors en large et constante communication.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne ferons que rappeler ici les signes qui se manifestent dans les premières phases de la maladie; notre but étant d'étudier dans ce chapitre la symptomatologie des grandes cavernes prostatiques.

La tuberculose de la prostate, au début, peut passer inaperçue. Cependant, les lésions initiales provoquent toujours une congestion de la glande qui se traduit par une augmentation de volume et de tension; il peut y avoir des signes de prostatite qui varient suivant le siège des lésions :

Petits signes rectaux : constipation, sensation de pesanteur périnéale, gêne, et même légère douleur au passage du bol fécal, lorsque les granulations initiales évoluent vers la face rectale.

Petits signes urétraux : léger écoulement, pollakiurie, douleur légère à la miction, lorsque les lésions sont localisées du côté de l'urètre.

Les lésions évoluant, les signes se précisent. On observe un écoulement urétral purulent rappelant celui de la

blennorrhagie, des hématuries terminales provoquées par la congestion de la glande et la rupture d'un petit vaisseau friable au moment des dernières contractions de la miction, des éjaculations sanglantes témoignant de l'atteinte des vésicules séminales. Les troubles de la miction sont plus nets. La pesanteur périnéale augmente ; il s'y ajoute des irradiations pénibles dans les membres inférieurs, accrues par la marche, la voiture, la station assise.

Le toucher rectal indique la sensibilité, les modifications de forme, de volume, de consistance de la glande prostatique; il permet de suivre l'évolution des lésions. A la période nodulaire, la prostate est augmentée de volume, sa surface est irrégulière, bosselée. Après le ramollissement des tubercules, à côté de nodules restés durs, le doigt trouve des points ramollis donnant une sensation de rénitence, ou bien il s'y enfonce « comme dans une étoffe tendue lâchement sur un cadre rigide » ; dans le premier cas, il s'agit d'abcès enkystés; dans le second, d'abcès ouverts dans l'urètre.

A la période terminale, les désordres anatomiques et physiologiques résultant de la formation d'une grande cavité sous-vésicale se traduisent par des symptômes fonctionnels qui consistent en des écoulement urétraux, la pyurie, des troubles de la miction; par des signes physiques fournis par le toucher rectal, le cathétérisme, la radiographie.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — La caverne communiquant avec le canal, l'urètre, est toujours le siège d'une suppuration abondante (obs. 3, 11); cet écoulement à l'aspect nettement purulent est souvent caractéristique; il se produit par intermittence, « véritables vomiques prostatato-urétrales » provoquées par les contractions périnéales et vésicales à la fin de la miction, par les efforts de la défécation.

La pyurie est un signe constant; les urines toujours ad-

ultérées se divisent, si on les laisse déposer dans un vase, en deux couches : une supérieure, claire; une inférieure, troublée par du pus.

L'examen microscopique du pus à son émission urétrale ou du pus mêlé à l'urine pourra montrer la présence du bacille de Koch; mais ainsi, cette présence du bacille ne décèle que l'existence d'une tuberculose génito-urinaire; il faut, avec un explorateur à boule, aller chercher le pus au niveau de la prostate, dans la caverne.

Au lieu des hématuries discrètes du début, on peut observer des urétrorragies abondantes. Ces hémorragies graves, dues à l'ulcération d'un gros vaisseau, sont comparables par leur mécanisme aux hémoptysies foudroyantes des tuberculeux à la période cavitare. Albarran (in *Traité de Chirurgie*, Delbet et Le Dentu) a observé chez deux malades porteurs de cavernes ces hémorragies profuses pendant plusieurs jours; il fut obligé, chez l'un, à intervenir, à ouvrir la caverne par le périnée et à pratiquer le tamponnement pour arrêter l'hémorragie qui menaçait la vie.

Parmi les troubles de la miction, certains, peu nombreux, sont caractéristiques d'une cavité sous-vésicale ouverte dans l'urètre; nous les examinerons les premiers; les autres, pollakiurie, dysurie, indiquent principalement l'extension des lésions tuberculeuses vers le col vésical.

a) En général, les malades ont une fausse incontinence; il leur arrive de perdre involontairement un peu d'urine goutte à goutte, alors qu'ils croient avoir complètement vidé leur vessie (obs. 3); le liquide qui s'écoule ainsi s'était accumulé pendant la miction dans la cavité anormale.

Dans les cas où la caverne communique largement avec l'urètre, on observe un signe important qui consiste dans une miction en deux temps. La première partie de la miction, résultat de la contraction vésicale, se passe à

peu près normalement; puis, au bout de quelques secondes, de l'urine purulente, provenant de la poche sous-vésicale, arrive à nouveau en bavant et sans force; ou bien, comme l'a décrit Rochet, « cette seconde miction suit immédiate- » ment la première au moment des dernières secousses de » celle-ci : c'est la caverne prostatique qui vient de se vider » après l'évacuation de la vessie elle-même, sous l'influence » des contractions périnéales qui suivent la miction vési- » cale ».

b) L'extension des lésions vers le col vésical, à peu près fatale à cette période de la maladie, se traduit par des symptômes que l'on peut observer dans les premières phases de la tuberculose prostatique : pollakyurie et dysurie.

Les malades ont, à un degré plus ou moins considérable, des besoins d'uriner fréquents, douloureux, impérieux; parfois, les mictions deviennent de plus en plus rapprochées; les malades arrivent à perdre continuellement l'urine goutte à goutte; une incontinence s'installe ainsi, du fait de la progression de la pollakiurie.

La dysurie se caractérise par de la difficulté à uriner; le malade ne peut satisfaire son besoin immédiatement, il est obligé de pousser, il a du retard à la miction. Parfois, les tubercules siégeant au niveau du col provoquent un spasme sphinctérien; la vessie éprouve un surcroît de travail pour vaincre cet obstacle; elle ne tarde pas à se laisser distendre; il en résulte une rétention incomplète; le malade, malgré les mictions, n'arrive plus à vider sa vessie; la rétention est parfois considérable (obs. 5). On pourrait même observer chez ces malades, comme chez les prostatiques, de l'incontinence par regorgement. Si la contracture vésicale devient insuffisante pour forcer la contracture de l'anneau sphinctérien, il en résulte une rétention complète, aiguë, douloureuse, nécessitant une intervention immédiate.

La destruction du col et de l'urètre prostatique, ame-

nant une large communication entre les deux cavités, vessie et caverne prostatique, se traduit par une incontinence complète qui nécessite le port d'un urinal.

SIGNES PHYSIQUES. — Dans la plupart des observations que nous rapportons (obs. 1, 3, 4, 5, 7, 9, 11), les difficultés du cathétérisme ont été signalées. Les signes fournis par le cathéter sont importants. La sonde s'arrête dans la région prostatique désorganisée; son bec se meut librement au sein de la cavité que l'on croit être la vessie, mais, au lieu d'urine, on ne ramène que des débris caséeux ou du pus grumeleux caractéristique; après ce temps d'arrêt, la sonde peut quelquefois pénétrer dans la vessie — Albarran (obs. 7) arrive à ce résultat en relevant le bec de la sonde à l'aide du doigt rectal — de l'urine s'écoule; on a ainsi une évacuation en deux temps, signe important qui confirme l'existence de deux cavités superposées. Malgré l'étendue des lésions, la sonde pénètre quelquefois sans difficulté (Bond et Windle, *Lancet* 1881). Le cathétérisme combiné au toucher rectal permet de se rendre compte du siège, de l'étendue des lésions; on sent la sonde séparée du doigt par une épaisseur plus ou moins importante de tissus; dans l'observation de Dufour (obs. 3), le bec de la sonde était perçu très loin au-dessous et en arrière de la vessie par le doigt rectal, dont il n'était séparé que par une faible épaisseur de tissus; ce seul signe impliquait l'existence d'une vaste poche sous-vésicale.

Le toucher rectal donne des signes importants; il renseigne sur la forme, le volume, la consistance de la prostate. On trouve la prostate augmentée de volume, présentant de nombreux points ramollis dans lesquels le doigt s'enfonce facilement; la pression, le massage par le doigt rectal provoquent des décharges purulentes, amènent l'évacuation par l'urètre du contenu uro-purulent de la poche sous-vésicale. Parfois, la prostate semble disparue (obs. 9) ou bien noyée dans une gangue indurée ou ramollie sans

limite précise, et il faut craindre alors la périprostatite, la formation de fistules.

D'utiles renseignements pourraient être fournis par l'endoscopie et la radiographie; mais la première, douloureuse et dangereuse, est le plus souvent impossible à pratiquer; la radiographie, par contre, après injection de la cavité sous-vésicale par une solution de collargol ou de bromure de sodium, en donnera la forme et la disposition; parfois, lorsqu'il sera possible d'injecter à la fois poche sous-vésicale et vessie après une cystotomie, elle montrera les rapports des deux cavités, permettra d'apprécier le volume de la poche sous-vésicale. Cette radiographie fut pratiquée chez le malade dont nous rapportons ici l'observation due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Duvergey. Nous avons pu joindre à l'observation (obs. 11), le schéma radiographique.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

La tuberculose prostatique ne se manifeste souvent que par de rares symptômes qui en rendent le diagnostic difficile. Elle peut arriver à la période caverneuse sans avoir été diagnostiquée, et parfois même les cavernes ne sont découvertes qu'à l'autopsie, comme le montre l'observation de Fournier (*Nouveau Dictionnaire de Chirurgie pratiques*, t. 5) : « Un jeune homme était atteint depuis plusieurs mois d'un écoulement urétral que les médecins » avaient considéré comme blennorragique et combattu à » l'aide de cubebe, copahu et injections diverses; il présentait, en effet, une sécrétion purulente d'un jaune verdâtre, assez abondante, et tout à fait semblable au pus de » la chaude-pisse; de plus, il accusait une légère douleur » à la miction et quelques difficultés pour uriner. Admis à » l'hôpital pour une maladie tout à fait étrangère, il succomba. Or, à l'autopsie, nous trouvâmes le canal sain; » l'origine de l'écoulement était une vaste caverne creusée » dans la prostate. » Mais, en général, les cavernes offrent des signes assez nets pour attirer l'attention du malade, orienter le diagnostic du médecin : pyurie, écoulement

urétral, troubles de la miction. L'examen par le toucher rectal, par le cathétérisme, par le toucher et le cathétérisme combinés, permet de reconnaître l'existence de la poche sous-vésicale, montre qu'elle résulte d'une destruction plus ou moins complète de la prostate, peut même conduire à une connaissance assez exacte des lésions (obs. 3). La radiographie pourra préciser la forme, le volume de la caverne.

Les cavités sous-vésicales ne reconnaissent pas toutes une origine bacillaire. M. Legueu les répartit en quatre groupes. Les deux premiers répondent à la dilatation progressive de l'urètre prostatique, à la présence d'un diverticule de l'urètre postérieur. Le troisième groupe comprend les cas post-traumatiques, les poches sous-vésicales étant créées par l'élimination des tissus contus à la suite des destructions importantes de l'urètre et des glandes qui s'y rattachent. Le quatrième groupe réunit les cavités sous-vésicales qui résultent d'un processus insidieux de suppuration; la poche, dit l'auteur, peut siéger en arrière de la prostate et provenir d'une urétrite membraneuse rétro-stricturale.

Le diagnostic du siège intra-prostatique de la cavité se fait, comme nous l'avons vu plus haut, par le toucher et le cathétérisme. L'origine tuberculeuse de la lésion est facilement mise en évidence. En effet, à cette période, la tuberculose prostatique est rarement isolée. A l'examen du malade, on trouvera des lésions bacillaires dans les organes voisins — vésicules séminales, canaux déférents, épидидymes, testicules; l'auscultation révélera des signes de bacillose pulmonaire. On peut recourir aux examens de laboratoire : injection au cobaye, examen microscopique du pus recueilli au niveau de la caverne à l'aide d'un explorateur; la présence du bacille de Koch confirme le diagnostic; parfois, comme dans le cas que nous rapportons (obs. 11), malgré le caractère nettement tuberculeux des lésions, l'examen ne décèle pas le bacille, mais de nombreux germes d'infection secondaire.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

A ce stade extrême de la tuberculose prostatique, la guérison peut-elle survenir ?

La cicatrisation totale, la disparition de la poche sont difficilement réalisables. La fonte caséuse, après évacuation des abcès, pourrait conduire à la guérison locale par rétraction graduelle et oblitération cicatricielle de la cavité, mais la suspension de la prostate au sein d'une loge fibro-aponévrotique à parois difficilement réductibles, et surtout la réplétion constante de la caverne par l'urine stagnante sont de sérieux obstacles à cette évolution favorable.

Cependant, une guérison relative, due à l'arrêt du processus ulcéreux, pourrait s'observer. Hallé et Motz, au cours d'une étude portant sur de nombreuses pièces de tuberculose prostatique à la dernière période, ont observé trois cas où une caverne totale, ancienne, présentait une face interne lisse, régulière; elle était tapissée d'une membrane mince, unie, brillante, ayant l'aspect d'une véritable muqueuse. Ces auteurs concluent : « La caverne, débarrassée de son contenu pathologique, peut cicatriser sa paroi

» et se revêtir d'une membrane adventice cicatricielle, viable, persistante. C'est là un véritable processus de guérison. La caverne persiste, mais sa paroi n'est plus pathologique; elle ne sécrète plus, c'est un simple diverticule urétral à contenu urinaire... Elle ne diffère point alors des cavernes prostatiques d'autres origines.» Mais ces faits doivent être rares. Plus souvent, au contraire, le processus ulcéreux, aggravé par les microbes pyogènes, entraîne des désordres de plus en plus profonds. La paroi de la caverne est perforée; des fistules se produisent, fistules uréthro-prostato rectales (obs. 6), ou vésico-prostato rectales, trajets fistuleux ouverts au périnée (obs. 6), trajets fistuleux arrivant à la paroi abdominale (J.-B. Durand); ces fistules sont appelées à d'interminables suppurations qui entraînent avec elles une cachexie de plus en plus marquée du malade.

Le pronostic est toujours très grave. La tuberculose de la prostate étant généralement secondaire à une tuberculose uro-génitale, souvent les lésions prostatiques passeront en second plan du fait de la présence de graves lésions rénales menaçant directement la vie du malade. Mais lorsque ces lésions sont la manifestation capitale de la diathèse tuberculeuse dans l'organisme, le pronostic est encore très sombre.

Les troubles de la miction peuvent retentir sur le fonctionnement rénal, amenant une infection urinaire qui emportera le patient déjà affaibli par les lésions bacillaires.

Le pronostic est assombri par la possibilité d'une généralisation pulmonaire, viscérale, méningée.

Les malades, affectés par l'apparition des fistules, par leurs troubles urinaires, par la douleur, ne peuvent prendre de repos, ne s'alimentent pas; ils s'affaiblissent rapidement, ils en arrivent à un état de dépression physique et morale considérable. Leur existence est menacée; elle l'est plus ou moins immédiatement, suivant l'intensité de l'altération concomitante de l'état général.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

En présence de semblables lésions évoluant sur un organisme tuberculeux, s'accompagnant très souvent d'un état général précaire, il faut envisager un traitement général et un traitement local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Comme dans le traitement de toutes les bacillooses, nous retrouvons ici la triade thérapeutique : cure d'air, cure de repos, cure l'alimentation.

Le malade doit fuir tout souci, tout surmenage. Le repos doit porter sur tous les modes de l'activité; son utilité est incontestable; toute fatigue exagérée diminuant la résistance de l'organisme contre le bacille tuberculeux. Dans les cas sans température, le repos pourra n'être que partiel, comportant des levers tardifs et, dans la journée, le plus possible d'heures de chaise longue.

Le malade devra vivre dans un air pur et vivifiant, au bord de la mer ou à la campagne; le jour, longs repos en plein air dans un endroit abrité des vents; la nuit, aération continue de la chambre en protégeant le lit des courants

d'air par un paravent. Cette cure possède ses avantages habituels de stimulation de l'organisme en général et de l'appétit en particulier.

Si le malade veut s'y soumettre, l'héliothérapie pourra être pratiquée; elle doit se faire lentement et progressivement; elle est indiquée dans la tuberculose uro-génitale, mais l'existence d'une tuberculose pulmonaire en évolution avec une température élevée sera une contre-indication.

L'alimentation doit être variée, substantielle et nutritive, de façon à lutter contre la consommation et l'amaigrissement; le malade y joindra l'usage d'une médication tonique : huile de foie de morue, l'hiver, toutes les fois que l'estomac peut la supporter; l'arsenic, qui est un agent actif du relèvement de l'état général, sera donné sous forme de liqueur de Fowler, de cacodylate. Les médicaments antibacillaires, (créosote, gaïacol), seront aussi conseillés.

A cette thérapeutique générale pourra-t-on associer un traitement spécifique ?

Jusqu'à ces derniers temps, les tuberculines, les divers sérums préconisés contre la tuberculose n'ont pas joui d'une grande faveur. La tuberculinothérapie était d'un maniement difficile et provoquait parfois de fortes réactions.

Mais, depuis quelques années, grâce aux solvants huileux, qui permettent d'employer la tuberculine plus facilement à dose élevée et avec moins de danger, la question est entrée dans une période nouvelle. Les lipotuberculines de Le Moignic semblent donner des résultats favorables. Moing (Thèse de Bordeaux, 1921-22) et Dujou, dans une thèse inspirée par M. le Professeur Guyot, rapportent des observations de diverses formes de tuberculose où une amélioration et parfois la guérison furent obtenues par le traitement spécifique. Ce traitement, interdit dans les formes avec température élevée, dans les formes à foyers mul-

tiples, chez les cachectiques, chez les malades aux reins déficients donne surtout de bons résultats, comme l'indique M. le Professeur Guyot (Guyot et Jeanneney, Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, octobre 1922), dans les tuberculoses fermées, dans les formes circonscrites. Dans les tuberculoses ouvertes secondairement infectées, il faudrait agir sur les infections secondaires, avec leurs vaccins spécifiques et un traitement local approprié avant d'attaquer le bacille de Koch.

Les grandes cavernes tuberculeuses de la prostate ouvertes largement dans l'urètre et d'où partent souvent des trajets fistuleux divers, sont toujours le siège d'infections secondaires contre lesquelles il est très difficile de lutter du fait de la stagnation (urine et produit de suppuration de la paroi), dont la poche est le siège. Il semble donc qu'ici il ne faudra pas s'attendre à une amélioration par le traitement spécifique seul. Un résultat heureux ne pourrait être obtenu que dans les lésions ne dépassant pas les limites de la prostate, en associant au traitement par la tuberculine une traitement chirurgical qui viendrait drainer, désinfecter le foyer. Nous pensons cependant que, même si tout espoir d'une amélioration locale est interdit, les ressources dont on dispose pour lutter contre le bacille de Koch étant peu nombreuses, on pourra, toutes les fois que l'état général le permettra et qu'il n'y aura pas de contre-indication, tenter le traitement spécifique. La lipotuberculinothérapie, associée au traitement général, pourra s'opposer à la localisation de la tuberculose sur d'autres organes, empêcher sa généralisation.

TRAITEMENT LOCAL. — Il faut distinguer deux méthodes de traitement local :

1° Un traitement non sanglant ;

2° Un traitement chirurgical.

A) Le traitement non sanglant qui bien souvent sera

le seul possible consistera à agir sur les infections secondaires et sur la tuberculose elle-même par des médicaments antiseptiques et connus pour leur action bactéricide vis-à-vis du bacille de Koch. Ces médicaments seront employés en application locale ; on fera dans l'urètre et dans la cavité sous-vésicale des instillations répétées une fois par jour avec : soit le sublimé en solution à 1 pour 5.000, soit l'huile goménolée à la fois analgésique et antiseptique, soit l'iodoforme associé au gaïcol suivant la formule de Picot (iodoforme 1, gaïcol 5, huile d'olives stérilisée 100). A cette antiseptie externe, il sera bon d'ajouter l'antiseptie des voies urinaires par les remèdes internes qui agissent comme tels ou par les dérivés auxquels ils donnent naissance dans l'organisme, en passant par le sang, par le rein, puis dans les urines et en influençant directement ces dernières et la surface des muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact. Les antiseptiques urinaires helmitol, salol, uroformine donnés avec ménagement et à petites doses feront ainsi de l'antiseptie locale.

B) Le traitement chirurgical débarrassant l'organisme de ce foyer infecté serait le traitement de choix, malheureusement, le plus souvent, il ne pourra être pratiqué. Il faut en effet pour toute intervention tenir compte de la gravité, de l'étendue des lésions et des lésions tuberculeuses autres.

Avec les lésions prostatiques, il existe souvent une tuberculose généralisée à la totalité des voies génitales ; il n'est pas alors permis de songer à une intervention curative ; l'ablation en masse des organes génitaux internes et externes, opération trop grave et trop choquante est à rejeter.

Il en est de même en cas de généralisation tuberculeuse à l'appareil urinaire ; d'ailleurs en présence de graves lésions rénales, les lésions prostatiques passent au second rang. La constatation de toute tuberculose pulmonaire en

évolution et plus généralement de tout foyer à marche rapide signifie encore l'abstention.

Ce n'est donc que dans les formes localisées à la prostate ou la dépassant peu qu'il sera possible de songer à une thérapeutique chirurgicale ; mais là encore un état général mauvais voisin de la cachexie, une température élevée contre-indiqueront l'intervention.

Seules les formes circonscrites apyrétiques, et s'accompagnant d'un état général satisfaisant, relèvent du traitement chirurgical. Dans les formes les plus favorables, lésions limitées à la prostate et n'ayant pas envahi les tissus voisins, on pourra espérer bénéfice de l'ablation de la glande, siège d'une suppuration interminable. Cette prostatectomie complète sera rarement possible. Le plus souvent l'intervention qui se fera toujours par la voie périnéale suivant l'incision qui sert à la prostatectomie aujourd'hui classique, devra se borner à l'ouverture et au curettage des trajets fistuleux, à drainer et à nettoyer le foyer tuberculeux ; les désordres de l'urètre seront généralement trop considérables pour être réparés, une sonde sera placée par l'urètre dans la vessie, la cavité sous-vésicale sera tamponnée avec des mèches de gaze, sur la plaie périnéale des points de suture seront placés aux angles, de façon à en diminuer la largeur. Mais si l'on obtient ainsi un résultat utile par la suppression d'un foyer putride et de ses effets infectieux généraux, il persiste généralement une fistule périnéale, la cicatrisation ne se fait pas.

En résumé, à cette période de la tuberculose prostatique, on se trouve le plus souvent en présence de formes inopérables. On ne pourra qu'instituer le traitement général, pratiquer l'antisepsie locale et l'antisepsie des voies urinaires, combattre la douleur par les préparations opiacées et belladonnées et le chloral en lavement ou en suppositoires, agir contre les troubles urinaires. Les douleurs de

cystite secondaire, la rétention impossible à combattre par cathétérisme, car la sonde s'arrête dans la cavité sous-vésicale, obligeront à recourir à la cystotomie sus-pubienne. Cette opération, en détournant le cours des urines, supprime les mictions, les contractions vésicales et par là-même atténue les phénomènes douloureux, elle apporte au malheureux malade un soulagement considérable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

VIARD, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1847.

Auguste B..., quarante ans, entre à l'hôpital pour se faire traiter d'une rétention d'urine. A la consultation il ne manifeste aucune douleur considérable, aucun besoin pressant d'uriner ; mais dans la journée son état s'aggrava et vers les cinq heures on me fit appeler. Quand j'arrivai, le malade avait perdu connaissance. Ventre tendu, respiration difficile. Je tente le cathétérisme ; la sonde, quoique très petite, est arrêtée assez longtemps à la région de la prostate. Cependant, elle passe, donnant la sensation d'une valvule qui se soulève ; il sort une grande quantité d'urine décomposée entièrement, contenant beaucoup de mucus et de grumeaux blancs d'aspect tuberculeux. Le malade est soulagé momentanément, mais il meurt à huit heures du matin.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire, intestinale, des ganglions mésentériques. Vessie contenant encore de l'urine décomposée et des grumeaux. Ses parois sont hypertrophiées, surtout dans la région prostatique ; cette hypertrophie porte principalement sur la tunique musculuse ; la muqueuse vésicale est couverte d'ulcérations de différentes grandeurs, à fond tuberculeux. Uretère droit grossi. Urètre sain dans la portion

membraneuse et spongieuse, mais la portion prostatique est le siège de trois grosses perforations. A la place de la prostate on trouve une coque membraneuse renfermant un liquide semblable à celui de la vessie ; la paroi interne est tapissée d'une fausse membrane couverte de granulations tuberculeuses ; cette poche communique avec l'urètre, et par lui jusqu'à la vessie ; elle s'étend jusqu'au niveau du point de jonction des branches descendante du pubis, et ascendante de l'ischion. Reins sains, vésicules séminales et canaux déférents tuberculeux ; de même pour le testicule et l'épididyme.

OBSERVATION II

VIART, *Société anatomique de Paris*, 1847.

L..., 35 ans, tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital le 13 juillet 1846. Cet homme sans blennorrhagie antérieure, sans autre cause connue, a vu naître peu à peu une tumeur à la région périnéale, à droite du raphé, à un pouce environ de l'anus. Lorsqu'il entra, la tumeur était douloureuse, le cathétérisme difficile. Incision de la tumeur, il en sort beaucoup de matière purulente, les douleurs se calmèrent, puis de l'ouverture il s'échappe beaucoup d'urine. Les sondes introduites par le méat urinaire ne purent jamais parvenir dans la vessie. L'état général s'aggrave ; les poumons présentent des signes de tuberculose, le malade meurt.

Autopsie. — Lésions des poumons et des ganglions mésentériques. Rien aux reins, Vessie et vésicules tuberculeuses. La paroi inférieure des parties prostatique et membraneuse de l'urètre est dénudée, épaisse, d'aspect blanchâtre, et crie sous le scalpel. A la place de la prostate, on trouve une poche assez considérable, de forme irrégulière, se prolongeant jusqu'au bas-fond vésical. La surface interne de cette poche est de couleur noirâtre et couverte de granulations tuberculeuses. On constate l'existence d'un trajet fistuleux avec deux orifices externes : l'un aboutit en avant et en dedans de la tubérosité de l'ischion ; l'autre est situé un peu en avant, sous la branche descendante du pubis.

Si on introduit une sonde par l'urètre, on voit que la communication de ce canal avec la poche prostatique a lieu à sa partie supérieure ou pubienne ; l'étendue de la perforation est considérable. La sonde ne peut pénétrer dans la vessie ; son bec arrive jusqu'à sa partie postérieure dans la paroi de la poche prostatique sous-jacente.

OBSERVATION III

DUFOUR, *Société anatomique de Paris*, 1853.

T..., âgé de 60 ans, entré le 29 avril 1853.

Ce malade fournit les renseignements suivants :

Une chaudepisse en 1832. L'embarras des voies urinaires remonte à trois ans. Le jet de l'urine était diminué, et alors que la miction n'avait pu se faire souvent qu'après de longs et pénibles efforts, l'urine coulait souvent goutte à goutte et involontairement, à la fin de la miction ; en même temps, ce malade remarqua un écoulement urétral abondant. Depuis cette époque, toujours les fonctions urinaires ont été gênées et très incomplètes, l'écoulement purulent a continué pendant tout ce temps. Le malade ne consulte personne jusqu'à ces derniers mois. Le 9 janvier, il fut pris d'un gonflement testiculaire à gauche. C'est la douleur qui éveille l'attention du malade. Depuis déjà quelque temps il ne pissait plus que par incontinence et goutte à goutte. Pendant neuf jours, la douleur testiculaire fut assez vive, mais le gonflement n'augmenta pas. Le malade fut alors adressé à M. Civiale à l'hôpital Necker, où il entra le 13 janvier. On reste pendant huit jours, dit le malade, sans pouvoir arriver à la vessie ; ce ne fut qu'avec une bougie très fine qu'on put pénétrer. A partir de ce moment, on passa des bougies de calibre croissant. Le malade fut assez bien dans les premiers temps ; la douleur testiculaire avait disparu, mais le gonflement persistait. Une hématurie se manifeste à la suite d'un cathétérisme. Les urines sont catarrhales, fétides. Vers le 15 avril, le malade s'aperçut que le testicule droit se gonflait. Il change de service, et présente à l'examen : un gonflement assez considérable douloureux de l'épididyme droit, à gauche

le gonflement qui a le volume d'un œuf paraît avoir envahi le corps de la glande et l'épididyme; il est dur, peu douloureux, à peu près d'égale consistance dans tous les points. Le toucher rectal ne donne pas de renseignements précis. Depuis le 19 janvier, l'état général est devenu de plus en plus sérieux, le malade est forcé de garder le lit.

Le cathétérisme permet d'arriver à la région prostatique; arrivé là, on voyait l'urine sortir par la sonde, mais il était impossible de pénétrer dans la vessie, la sonde pénètre évidemment dans une cavité antérieure et inférieure à la vessie, qui doit même se prolonger derrière elle, car par le toucher on sentait la convexité de la sonde séparée du rectum par une toute petite épaisseur de parties molles. Une seule fois M. Ricord, avec une petite sonde de gomme élastique à courbure prostatique crut pénétrer dans la vessie. Après fistulisation sus-pubienne, le malade succombe.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire. Rien aux reins, rien aux uretères. Granulations tuberculeuses sous-muqueuses très abondantes vers le trigone vésical. La prostate n'existe plus, elle est en grande partie détruite; il n'en reste plus qu'une sorte de pont déchiqueté sur les bords, puis on tombe tout à coup sans transition dans une vaste loge anfractueuse qui s'étend depuis le rectum jusqu'à la racine des corps caverneux, remplissant par conséquent toute la région périnéale au-dessus du plancher musculaire. Cette loge n'était qu'une vaste caverne produite par la fonte purulente des tubercules volumineux de la prostate et de l'urètre. Les vésicules étaient doublées de volume, tuberculeuses. Les parois de la caverne sont d'une couleur sale, vineuse; sur la ligne médiane, on voit quelques débris de la charpente de l'urètre. C'était dans cette caverne que pénétrait le bec de la sonde. Cette caverne devait toujours être remplie d'urine, car le col vésical ne pouvait plus remplir ses fonctions.

OBSERVATION IV (Résumée)

DELFEAU, Thèse de Paris, 1874.

B..., 29 ans, entre à l'hôpital, accusant une douleur au

périnée, présentant du ténesme vésical et de la difficulté d'uriner. Pas de blennorrhagie avouée. On note un léger écoulement urétral. Formation d'un abcès au périnée ; puis douleur au niveau de l'épididyme du côté droit. Les signes de cystite du col deviennent plus accusés, une rétention d'urine se produit. Le cathétérisme est pratiqué, la sonde arrêtée au sommet de la prostate n'entre pas dans la vessie, mais dans une poche prostatique, d'où s'échappa une notable quantité d'urine, ainsi que du pus et du sang. Par la suite fièvre de suppuration ; incision de l'abcès du périnée, pus avec grumeaux ; les jours suivants, le malade remarque qu'au moment de la miction, l'urine toute entière passe par l'ouverture faite. Une pointe de stylet portée par cette ouverture pénètre très loin jusque dans la prostate. Epididyme tendu, luisant, menaçant de s'abcéder. On l'ouvre : pus identique à celui de l'abcès du périnée.

Interrogé à nouveau, le malade reconnaît avoir eu antérieurement un écoulement urétral purulent et aussi des écoulements de sang pendant et entre les mictions. Le toucher rectal confirme le diagnostic de tuberculose de la prostate. Testicule droit tuberculeux, rien aux poumons. Le malade est dans un état de cachexie extrême.

OBSERVATION V (Résumée).

DELFEAU, Thèse de Paris, 1874.

F .., 46 ans. Constipation, sensation de tenesme rectal. Miction douloureuse et difficile. Entre à l'hôpital en état de rétention. La vessie arrive à deux doigts au-dessus de l'ombilic. Le malade urine, mais la distension vésicale n'est pas diminuée. Le cathétérisme amène de l'urine avec un peu de sang ; on peut cependant parfaitement sentir que la sonde n'a pas pénétré dans la vessie, mais dans une poche prostatique. Les signes révélés par le toucher rectal font penser que la sonde pénètre dans une poche due à une tuberculisation de la prostate.

OBSERVATION VI (Résumée).

JAMIN, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1882.

X..., 50 ans. De vingt à quarante ans, trois ou cinq blen-

norrhagies. Hospitalisé une première fois pour un rétrécissement de l'urètre ; sorti parfaitement guéri en apparence. Trois mois après est pris d'orchite légère qui l'amène à nouveau dans le service. L'orchite disparaît rapidement, mais il commence à présenter des symptômes inquiétants de cystite qu'on ne pouvait attribuer au rétrécissement ; celui-ci, en effet, n'existait plus et le canal était suffisamment large ; les mictions deviennent fréquentes, douloureuses, suivies de temps en temps par l'urètre de quelques gouttes sanguinolentes. Le toucher rectal permet de constater une certaine irrégularité de consistance de la prostate et surtout une augmentation de volume, et des bosselures des vésicules séminales. L'état général s'aggrave. L'auscultation révèle une tuberculose pulmonaire commençante. Le malade est envoyé à la campagne passer quelques mois. Là, il eut, paraît-il, au périnée un abcès qui s'ouvrit spontanément ; il remarque par la suite qu'à chaque miction il s'écoule une certaine quantité d'urine par l'ouverture. Quelques semaines après l'urine s'écoule en même temps par l'anus. Le malade entre à nouveau à l'hôpital. Le sommet du poumon droit est le siège de cavernes assez vastes ; les deux testicules sont tuberculeux. Le malade succombe. L'autopsie confirme les lésions pulmonaires, on constate une péritonite très nette. L'urètre prostatique, la prostate sont détruits, de cette cavité partent deux trajets fistuleux, se dirigeant vers deux points : le périnée et le rectum. Les vésicules séminales ont subi une véritable fonte caséuse. On remarque la localisation de granulations tuberculeuses dans le bas-fond vésical, l'intégrité des reins et des uretères.

OBSERVATION VII

ALBARRAN, *Journal des Praticiens*, 1907.

Homme, 34 ans, pâle, affaibli, entre à Necker pour une rétention d'urine. Depuis quatre ans, il se plaignait de la région rénale droite et de fréquence de la miction ; urines purulentes. M. le Professeur Guyon concluant il y a deux ans à une tuberculose rénale avait prescrit un traitement général.

Entre à l'hôpital avec fièvre élevée (40°), après une crise

douloureuse très forte. Le cathétérisme révèle un obstacle au niveau de la prostate et cet obstacle ne peut être franchi qu'à condition de relever le bec de la sonde par le toucher rectal, sinon elle pénètre dans la prostate réduite à une cavité purulente à tel point qu'on ne perçoit plus le contour de l'organe par le toucher rectal. L'urine qui s'écoule par la sonde est purulente ; on ne trouve pas de bacilles de Koch, mais des germes d'infections secondaires. Le toucher rectal révèle en outre une induration de la vésicule gauche. L'épididyme gauche renferme un abcès tuberculeux non ouvert.

OBSERVATION VIII

POMMADERE, Thèse de Lyon, 1913-1914.

Claude G..., 34 ans, entre à l'hôpital le 21 septembre 1906.

Antécédents. — Lupus il y a quatorze ans. Rien au point de vue vénérien.

L'affection débute il y a un an par de la pollakiurie et de légères hématuries terminales ; début et fin de la miction douloureuse ; les douleurs siègent au niveau du périnée. Le malade est obligé de pousser pour uriner à peine quelques gouttes, il présente donc de la rétention. Le cathétérisme montre qu'il existe un spasme vigoureux de l'urètre profond. L'exploration métallique avec le Thompson fait sentir une vessie assez petite, saignant facilement, très contractée et qui donne bien l'impression de la vessie douloureuse tétanisée. Capacité vésicale : 40 grammes. Au toucher rectal rien d'apparent.

13 octobre 1906 : intervention. Taille périnéale et sphinctérotomie. On ne trouve pas la prostate. Le col est ulcéré. Le siège des lésions sur l'orifice uréthro-vésical avec intégrité de la grande cavité explique dans une certaine mesure, par la contracture de l'anneau sphinctérien la rétention qu'a présenté ce malade (la contracture vésicale venait s'épuiser sur la contracture du sphincter).

Le 4 novembre, on pratique l'autopsie du malade décédé le 1^{er}. Reins tuberculeux, la prostate n'est plus qu'une vaste caverne.

OBSERVATION IX

THÉVENOT, *Société française d'urologie*, 12 décembre 1921.

X... François, 57 ans, envoyé à la clinique du Professeur Rochet, en janvier 1921, pour fistule périnéale avec infection urinaire très marquée. Déjà il y a cinq ans X... avait eu un abcès du périnée qui s'était ouvert spontanément, puis s'était refermé. En juillet 1920, même abcès au même point, avec une fistule par laquelle passe la presque totalité des urines.

A l'examen, on constate, au niveau du périnée, une grosse collection ; il s'en écoule un pus qui fut inoculé, l'inoculation donne un résultat positif. L'orifice de la fistule a des bords bleuâtres ; les tissus avoisinants restent souples. Au toucher rectal, la prostate semble disparue.

X... urine une fois par nuit et toutes les deux heures le jour. Les urines sont très troubles ; les reins ne sont pas perçus. L'examen de l'épididyme droit et gauche montre une épididymite chronique. Le cathétérisme est possible avec une sonde n° 10, on est d'abord arrêté par un rétrécissement induré, raboteux, puis la sonde tombe dans une poche sous-vésicale.

Le 12 janvier 1921, nous incisons le périnée et ouvrons largement la poche qui, sur sa paroi droite, paraît recouverte d'un épithélium (un fragment de cette paroi fut examiné au microscope, on constata qu'il n'y avait pas de revêtement muqueux, mais un tissu conjonctif épaissi, avec des follicules tuberculeux). La poche est sous-vésicale et occupe la place de la prostate qui est détruite. L'urètre antérieure débouche à son sommet ; d'autre part, un canal très court va de la poche à la vessie.

Malgré l'intervention, l'état général s'aggrave et la mort survient le 23 janvier 1921 par cachexie progressive.

A l'autopsie, on trouve une tuberculose rénale bilatérale très accentuée avec de grosses lésions des uretères. La poche périnéale englobait la prostate dont il restait quelques ilots ; elle s'étendait de la vessie à la peau du périnée ; transversalement d'un ischion à l'autre ; dans le sens antéro-postérieur,

elle allait de la paroi antérieure du rectum à la symphyse pubienne.

Le malade présentait en outre des plaques de tuberculose intestinale.

OBSERVATION X

THÉVENOT, *Société française d'urologie*, 12 décembre 1921.

X..., 46 ans, entre à la clinique du Professeur Rochet, le 1^{er} avril 1921. Cet homme qui fut atteint de blennorrhagie à 17 ans, tousse depuis plusieurs années. Il fut opéré il y a 15 ans pour un abcès de la prostate qui guérit sans complication.

En mars 1920, il fut soigné pour une fistule uréthro-périnéale consécutive à un abcès qui s'était développé d'une façon très insidieuse. L'intervention pratiquée alors ne guérit pas la fistule. Nouvelle opération le 20 juillet 1920 (extirpation de la fistule, suture de l'urètre, cystotomie de déviation). Le 26 septembre, on constate l'existence d'une fistule uréthro-rectale. En décembre, le malade accusant des troubles pulmonaires fut ausculté. Il était porteur au sommet droit de lésions nettes de tuberculose en évolution, et à gauche il avait des signes de bacillose cicatrisée. Il fut réopéré le 25 décembre 1920, et pour se donner le jour nécessaire, le Professeur Rochet fit une désinsertion de l'aponévrose périnéale moyenne. La prostate avait disparu et il existait à son niveau une poche à paroi fongueuse ; la partie postérieure de l'urètre prostatique manquait sur toute sa hauteur. Grâce à la section de l'aponévrose on peut décoller la vessie du rectum, fermer la perforation rectale et rapprocher l'urètre du col de la vessie. Malgré cette intervention, il persiste une poche prostatique qui reste encore fistulisée au périnée et au rectum.

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY.

B. M., 34 ans, entre à l'hôpital le 14 septembre 1922.

Antécédents. — Quatre ou cinq blennorrhagies. Tousse depuis plusieurs années.

Le malade fournit les renseignements suivants : présente depuis cinq mois un écoulement urétral abondant, il est gêné pour uriner. En juin, il remarque un gonflement du testicule gauche, il souffre peu. Il y a deux mois il constate sur la face antérieure des bourses un bouton rouge, dit-il, qui a éclaté, donnant issue à une substance blanchâtre avec trainées sanguinolentes. Hospitalisé pendant dix jours; sort sans amélioration. L'écoulement persistant, les troubles de la miction augmentant : brûlure pendant toute la durée de la miction, mictions fréquentes et n'amenant chaque fois que quelques gouttes d'urine, il entre à l'hôpital Saint-André le 14 septembre.

A l'examen, on notait chez ce malade une grosse épididymite gauche fistulisée depuis un mois, et une cowpérite abcédée qui fut ouverte au bistouri le lendemain de son entrée. Du côté urétral, un explorateur n° 15 décelait une série de ressauts, et une sonde de même calibre évacuait difficilement quelques grammes d'urine très purulente. Le toucher rectal décelait des lésions de prostatovésiculite tuberculeuse et l'examen de l'état général et en particulier de l'appareil pulmonaire confirmait bien le diagnostic de la nature tuberculeuse de toutes ces lésions génito-urinaires. Malgré diverses évacuations par sonde urétrale, un gros lobe vésical se dessinait à la région hypogastrique; la sonde n'arrivait donc pas jusqu'à lui et s'arrêtait probablement dans une caverne prostatique; dans ces conditions une cystotomie fut faite le 19 septembre et évacua plus de deux litres d'urine; une sonde de Pezzer fut placée dans l'orifice hypogastrique et le malade fut soigné dès lors par des instillations d'huile goménolée faites par la sonde hypogastrique dans la vessie et par une sonde urétrale dans la caverne prostatique.

L'examen du pus prélevé à l'aide d'une sonde n'a pas révélé de bacille de Koch, mais la présence d'une flore microbienne variée où prédominent le staphylocoque et des bacilles type coli.

Une cystoradiographie faite après injection d'une solution bromurée à la fois par l'urètre et par la vessie permet de cons-

tater, comme le montre le schéma radiographique ci-dessous, deux ombres ; l'inférieure, interprétée alors comme étant celle de la caverne prostatique, l'ombre supérieure comme étant celle de la vessie.

Au cours d'une exploration sous rachi-anesthésie, pour se rendre compte de la topographie des lésions, le doigt est in-



Schéma fait d'après une radiographie

troduit par la fistule hypogastrique dans la vessie, tandis qu'un béniqué pénètre dans l'urètre. Le doigt vésical est séparé nettement du béniqué par une épaisseur notable de tissus ; dans la région cervicale (ou plutôt ce que l'on croit être le col), il existe un anneau un peu serré qui est dilacéré de façon à pouvoir faire communiquer aussi largement que possible la cavité sous-jacente avec la cavité supérieure considérée comme la vessie. Une sonde de Nelaton n° 18 est ainsi introduite dans l'urètre par la cavité supérieure au travers de la cavité inférieure.

Les instillations d'huile goménolée sont continuées tous les jours par la sonde urétrale et par la sonde hypogastrique.

Le malade se cachectise de plus en plus et meurt.

La nécropsie montre : outre une malformation de la vessie qui n'avait pu être interprétée par la radiographie, une caverne due à la destruction de l'urètre prostatique, de la prostate, des vésicules séminales.

Les deux reins présentent des lésions tuberculeuses.

CONCLUSIONS

I. — Les grandes cavernes tuberculeuses de la prostate sont dues à un processus insidieux de suppuration bacillaire, aggravé souvent par les germes d'infection secondaire.

II. — Ces lésions se caractérisent essentiellement par le syndrome pyurie, un écoulement urétral purulent, une fausse incontinence, une miction en deux temps. Les signes physiques sont fournis par le cathétérisme, le toucher rectal, la radiographie.

III. — Le pronostic est très grave. Les troubles de la miction provoqués retentissent sur la fonction urinaire. La suppuration, dont la poche et les trajets fistuleux secondaires sont le siège, entraîne une cachexie de plus en plus marquée du malade. Il coexiste généralement une tuberculose diffuse des organes génitaux, souvent des organes urinaires. Le patient peut succomber à une généralisation pulmonaire, viscérale, méningée.

IV. — Le traitement est surtout palliatif. Il consiste à ralentir momentanément l'évolution du processus tuberculeux, à combattre les troubles mictionnels en pratiquant la cystotomie sus-pubienne.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

D^r GUYOT.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 20 Mars 1923.

Pr le Recteur de l'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

G. CIROT.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — La tuberculose de la prostate. In *Traité de Chirurgie*, Delbet et Le Dentu, t. ix, 1^{re} édit.
- La tuberculose de la prostate. *Journal des praticiens*, 1907.
- BEINET. — La tuberculose de la prostate. *Thèse de Bordeaux*, 1905-06.
- BÉRAUD. — *Thèse d'agrégation*, 1886.
- BOND ET WINDLE. — Two cases of tub. of the male gen. uri. org. *Lancet*, 1881.
- BOUILLY. — Prostatite tuberculeuse suppurée. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1885.
- BURCKHARDT. — Krankheiden der prostata. *Deutsche Chirurgie*. leif 53, 1902.
- CIVIALE. — *Traité pratique sur les maladies génito-urinaires*, 1850.
- CLAUDE. — Tuberculose de la prostate. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1894.
- CORNIL ET RANVIER. — *Manuel d'Histologie pathologique*, 1912, t. iv.

- DEAVER. — Chirurgie de la prostate. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1906.
- DELFAU. — Etude sur les tubercules de la prostate. *Thèse de Paris*, 1874.
- DELORE (X.) ET CHALIER (A.). — La tuberculose génitale chez l'homme et chez la femme. *Bibliothèque de la tuberculose*, 1920.
- DE MASSARY. — Caverne prostatique. *Bull. de la Soc. Anatom. Paris*, 1893.
- DESNOS. — *Traité des maladies des voies urinaires*, 1898.
- DUFOUR. — De la tuberculisation des organes génito-urinaires. *Thèse de Paris*, 1854. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1853.
- DURAND (J.-B.). — *Bulletin de la Société anat. de Paris*, 1839.
- DUVERGEY ET DAX. — *Société anatomo-clinique de Bordeaux*. Séance du 23 janvier 1923.
- EXCHAQUET. — Fistule urinaire par destruction tuberculeuse de la prostate. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1874.
- FORGUE. — Tuberculose de la prostate (in *Traité de chirurgie*, Duplay et Reclus, 2^e éd., t. VII).
- FOURNIER. — *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. V.
- FURBRINGER. — *Traité des maladies des voies urinaires*, 1892.
- GOTZL. — La tuberculose de la prostate. *Folia urologica*, n° 7.
- GUERLAIN. — Des tubercules de la prostate. *Bull. Soc. An. de Paris*, 1860.
- GUISY. — Tuberculose prostatovésiculaire. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1906.
- GUUVON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 1834.
- *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate*, 1888.

- GUYOT ET JEANNENEY. — Les indications de la tuberculinothérapie, in *Thèse de Dujeu*, Bordeaux, 1922-1923.
- HALLÉ ET MOTZ. — Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose urinaire. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1903.
- JAMIN. — Caverne tuberculeuse de la prostate. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1882.
- JEANBRAU. — Tuberculose de la prostate, in *Précis de Pathol. chirurgicale*, 1913, t. IV.
- LEGUEU. — *Traité chirurgical d'urologie*, 1910. — *Journal d'urologie*, 1921.
- LYCOPS. — Tuberculose de la prostate. *Archives médicales Belges*, 1884.
- MARION. — *Traité d'Urologie*.
- OBEDENARE. — Tuberculose de la prostate. *Bull. de la Société anatom. de Paris*, 1865.
- PETIT. — Fonte tuberculeuse de la prostate. *Bull. de la Société anatom. de Paris*, 1873.
- PIGEAU. — Absès tuberculeux de la prostate. *J. univ. de méd. et de chirurgie pratiques*, 1831.
- POMMADERE. — Des troubles mictionnels dans la tuberculose de la prostate. *Thèse de Lyon*, 1913-14.
- POUSSON. — *Conférences sur les maladies de la vessie et de la prostate*, 1891.
- *Précis des maladies des voies urinaires*.
- POUSSON ET DESNOS. — *Encyclopédie française d'urologie*.
- RELIQUET. — Œuvres complètes, t. VII.
- ROCHET. — Tuberculose de la prostate, in *Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutique urinaires*, Lyon, 1906.
- TEDENAT. — Traitement de la tuberculose de la prostate. *Province médicale*, 1908.

THÉVENOT. — Trois cas de poches sous-vésicales d'origine inflammatoire. *Soc. franç. d'urol.*, 12 décembre 1921.

THOMPSON. — *Traité des maladies des voies urinaires*, 1874.

VIARD. — Cavernes tuberculeuses de la prostate. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1874.

VOILLEMIER ET LE DENTU. — *Traité des maladies des voies urinaires*, 1881.

ZINKE. — Essai sur le traitement des abcès tuberculeux de la prostate. *Thèse de Paris*, 1893-1894.

